

**DECLARACION DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADO EN CASA DE FAMILIA**

NOMBRE (Apellido, nombre de pila, inicial)

FECHA

**INFORMACION DEL NEGOCIO**

DIAS Y HORAS DE OPERACION (marque todos los aplicables)

Lunes     Martes     Miércoles     Jueves     Viernes     Sábado     Domingo

A qué hora abre: \_\_\_\_\_ A qué hora cierra: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Servicio no programado ("Drop-in"):  Sí  No (favor de indicar cuotas y tarifas diarias)

GRUPOS DE EDADES ACEPTADOS

Cero a 12 meses     1 año a 2 años     3 años a 5 años     6 años a 12 años     Otro

TARIFAS DIARIAS Y OTRAS CUOTAS

Cero a 12 meses:    Tarifa por día completo: \_\_\_\_\_    Tarifa por día parcial: \_\_\_\_\_

1 año a 2 años:    Tarifa por día completo: \_\_\_\_\_    Tarifa por día parcial: \_\_\_\_\_

3 años a 5 años:    Tarifa por día completo: \_\_\_\_\_    Tarifa por día parcial: \_\_\_\_\_

6 años a 12 años:    Tarifa por día completo: \_\_\_\_\_    Tarifa por día parcial: \_\_\_\_\_

Mi tarifa por **DIA COMPLETO** cubre un día de \_\_\_\_\_ horas. Mi tarifa por **DIA PARCIAL** cubre un día de \_\_\_\_\_ horas.

Otras cuotas: \_\_\_\_\_

Reglas acerca de ausencias y cuotas (si aplica): \_\_\_\_\_

Transporte provisto:     Sí     No    Escuelas en el área: \_\_\_\_\_

Comidas provistas:     Sí     No    Nombre del patrocinador del programa de comidas: \_\_\_\_\_

FECHAS DEL AÑO CUANDO ESTA CERRADO EL LOCAL DE CUIDADO DE NIÑOS

Acción de Gracias     Navidad     Día de Año Nuevo     Otro \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES DIARIAS/PROGRAMA PLANIFICADO PARA LOS NIÑOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MATERIALES Y EQUIPO PARA LOS NIÑOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECLARACION DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADO EN CASA DE FAMILIA**

NOMBRE ( <i>Apellido, nombre de pila, inicial</i> )	FECHA
---	-------

**EDUCACION Y HABILIDADES ESPECIALES**

GRADO MAS ALTO CURSADO

- Escuela primaria (*grados cursados*)    
  Escuela secundaria (*grados cursados*)    
  Universidad (*año que terminó/grado obtenido*)    
  CDA  
 \_\_\_\_\_  
 NAFCC

MIS EXPERIENCIAS EN LA PROVISION DE CUIDADO DE NIÑOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MIS HABILIDADES ESPECIALES, CONOCIMIENTO O ENTRENAMIENTO QUE CREO QUE ME CAPACITA MEJOR PARA CUIDAR DE NIÑOS, INCLUSO DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

METODOS DE DISCIPLINA/CONDUCTA UTILIZADOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MIS PASATIEMPOS E INTERESES ESPECIALES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESCRIPCION DE AREAS INTERIORES Y EXTERIORES DONDE SE PROPORCIONARA EL CUIDADO DE NIÑOS (*patio cercado, árboles, limpieza, etc.*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Yo proporcionaré acomodaciones razonables para niños con necesidades especiales.***

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR	FECHA

Si el padre/madre/tutor firma arriba, deberá proporcionársele una copia.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con: 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.